

DÉCLARATION DE SANTÉ, D'ÉTUDES ET D'EMPLOI STATEMENT OF HEALTH, EDUCATION, AND EMPLOYMENT

A. DONNÉES DU CLIENT								
NOM DU CLIENT	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CLIENT	NUMÉRO D'IDENTITÉ DU CLIENT						
SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE						
Avez-vous jamais demandé ou reçu une des suivantes: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Indemnisation du Département du Travail et des Industries/des accidents du travail</td> <td style="width: 50%; border: none;"><input type="checkbox"/> Rente d'invalidité du régime général ou SSI</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Prestation d'assurance-emploi</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Allocations pour Vétéran (AV)</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Indemnisation du Département du Travail et des Industries/des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité du régime général ou SSI	<input type="checkbox"/> Prestation d'assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Allocations pour Vétéran (AV)
<input type="checkbox"/> Indemnisation du Département du Travail et des Industries/des accidents du travail	<input type="checkbox"/> Rente d'invalidité du régime général ou SSI							
<input type="checkbox"/> Prestation d'assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Allocations pour Vétéran (AV)							
B. INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTÉ								
1. Êtes-vous incapable de travailler à cause d'une maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournissez les informations suivantes: a. Parlez-nous de votre (vos) problème(s) de santé: b. Dites-nous pourquoi ce(s) problème(s) vous empêche(nt) de travailler à présent: 2. Avez-vous perdu un emploi (ou plus d'un emploi) dans le passé à cause de ce problème de santé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, parlez-nous de cette perte d'emploi:								
C. INFORMATIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT								
MALADIE POUR LAQUELLE VOUS AVEZ ÉTÉ TRAITÉ(E)	MÉDECIN TRAITANT OU HÔPITAL	DATE DE LA DERNIÈRE CONSULTATION						
D. ÉTUDES ET FORMATION								
1. Quelle est votre langue primaire? _____ 2. Quelle est la dernière classe que vous avez fréquentée à l'école (K – 12): _____ 3. Diplôme d'études secondaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non GED? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 4. Avez-vous fréquenté des classes d'éducation spéciale? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 5. Autres études ou initiation au travail, comme le collège, l'école de commerce, la formation sur le tas ou professionnelle:								
TYPE DE FORMATION	DATES DE FRÉQUENTATION	TERMINÉE		CERTIFICAT, LICENCE OU DEGRÉ ET ANNÉE				
		OUI	NON					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
E. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS								
1. Qu'est-ce que vous considérez comme votre occupation habituelle? _____								

C. ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS (SUITE)

2. Énumérez vos trois (3) derniers emplois commençant par l'emploi le plus récent (incluez les emplois énumérés sous B.2., si nécessaire):

FONCTIONS DE L'EMPLOI	HEURES PAR SEMAINE	MOIS ET ANNÉE		POURQUOI EST-CE QUE L'EMPLOI S'EST TERMINÉ?
		DÉBUT	FIN	

3. Quel autre type de travail avez-vous effectué pendant les cinq (5) dernières années?

4. Quelles sont vos compétences professionnelles? Incluez tous vos passe-temps, tels que la couture, le travail du bois, la réparation de voitures.

5. Quel est le type d'aide ou de services dont vous avez besoin pour retourner au travail?

SI QUELQU'UN VOUS A TRADUIT OU VOUS A AIDÉ À REMPLIR CE FORMULAIRE, SAISISSEZ ICI SON NOM ET SA RELATION AVEC VOUS

Je déclare, sous les pénalités du faux témoignage, que les informations données par moi sur cette Statement of Education, Employment, and Health et de santé sont, à ma meilleure connaissance, vraies, correctes et complètes. Je comprends que le Department of Social and Health Services (Département des Services Sociaux et de Santé) peut me demander de fournir des preuves pour mes déclarations.

SIGNATURE DU CLIENT

DATE

E. À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT

1. Observations sur la santé physique/mentale, y compris des traits ou des caractéristiques importants: _____

2. Obstacles à l'emploi ou d'autres services d'emploi, détails, antécédents d'éducation spécialisée: _____

3. Antécédents de toxicomanie: _____

4. Emploi d'autres agences de services; par ex., Division of Vocational Rehabilitation (Division de Réhabilitation Professionnelle), Employment Security (Sécurité d'Emploi): _____

5. Emploi de services administratifs, par ex., logement, banque alimentaire, transport, famille ou amis, églises: _____

NOM DU TRAVAILLEUR

DATE DE L'ENTRETIEN